

Matias Tähtinen, Karri Uusi-Äijö

Recovery-mallin esiintyminen Niemikotisäätiön
asumispalveluyksiköissä kuntoutujien
kokemusten perusteella

Opinnäytetyö

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Matias Tähtinen, Karri Uusi-Äijö Recovery-mallin esiintyminen Niemikotisäätiön asumispalvelu- yksiköissä kuntoutujien kokemusten perusteella 24 sivua + 3 liitettä 22.04.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Marianne Sipilä, Lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä recovery-mallin periaatteita Niemikotisäätiön asumispalvelu- yksiköissä tällä hetkellä toteutetaan. Työ on osa Niemikotisäätiön Metropolia Ammattikorkeakoululta tilaamaa monivuotista hanketta. Hankkeen tarkoituksena on saada recovery-malli Niemikotisäätiön kaikkien yksiköiden yhteiseksi hoitomalliksi.</p> <p>Recovery on tällä hetkellä pääasiassa englanninkielisissä maissa käytössä oleva psykiatrisen hoitotyön malli. Sen keskeisiin arvoihin kuuluvat ihmisen oikeus elää mielekästä ja täysipainoista elämää sairaudesta huolimatta. Recovery ei ole tiukasti strukturoitu malli, mutta se on mahdollista jakaa neljään pääosa-alueeseen.</p> <p>Tutkimusmenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja deduktiivista sisällönanalyysia. Teemahaastattelun runko muodostettiin recovery-mallin teorioiden pohjalta, samoin kuin sisällönanalyysin analyysirunko. Haastateltavia oli yhteensä yhdeksän kappaletta neljästä eri asumispalvelu- yksiköstä.</p> <p>Aineistomme perusteella kaikki recovery-mallin neljä pääperiaatetta toteutuvat asumispal- velu- yksiköissä. Toisaalta pääperiaatteiden alta oli löydettävissä useita alakäsitteitä, jotka eivät tällä hetkellä toteudu asumispalvelu- yksiköiden hoidossa. Näitä olivat esimerkiksi ver- taistuen ja kokemusasiantuntijuuden merkityksen ymmärtäminen, hoitajan rooli yhteisössä sekä kuntoutujan oma aktiivinen toimijuus eri elämän osa-alueilla.</p> <p>Mahdollinen aihe seuraaville opinnäytetöiden tekijöille voisi olla esimerkiksi henkilökunnan näkemys ja asenteet recovery-mallia kohtaan. Toisaalta hankkeessa voitaisiin edetä jo käytännön suuntaan ja suunnitella Niemikotisäätiölle recovery-mallia hyödyntäviä interven- tioita.</p>	
Avainsanat	recovery-malli, mielenterveys, psykiatrisen hoitotyö

Author(s) Title Number of Pages Date	Matias Tähtinen, Karri Uusi-Äijö Appearance of recovery model in Niemikotisäätiö's housing services according to customers 24 pages + 3 appendices 13 April 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Lecturer, Master of nursing, Marianne Sipilä
<p>The objective of this Bachelor's thesis is to find out, which principles of the recovery-model are being used in Niemikotisäätiö's housing services. This thesis is a part of a larger project ordered by Niemikotisäätiö from the Metropolia University of Applied Sciences. The purpose of the project is to start applying the recovery model in the daily care in all of Niemikotisäätiö's units.</p> <p>Recovery is a model of psychiatric care currently used mostly in the English-speaking countries. Its main principles include a person's right to live a full and meaningful life despite the illness. Recovery is not a strictly structured model, but it can be divided into four main components.</p> <p>The methods of this thesis were themed interviews and deductive content analysis. The structure of the interviews was based on the theories of the recovery model, as was the structure table of the content analysis. There were nine interviewees from four separate housing units.</p> <p>According to our data, all four main principles of recovery are being used in the housing units. However, in more detailed subcategories, more dispersion could be found. For example, understanding the meaning of peer support or expertise by experience, the role of nursing staff in the community and the active agency of the patient in different aspects of life were some of the subcategories that weren't present in the data.</p> <p>The following Bachelor's thesis could study the staff's thoughts and attitudes towards the recovery model, for example. The project could also be taken towards the more practical level: the thesis could be about planning interventions based on the recovery model.</p>	
Keywords	recovery model, mental health, psychiatric care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Recovery-malli	2
2.1	Recovery-mallin käsitteitä	2
2.2	Recovery käytännössä	3
2.3	Mielenterveyshäiriön historiaa Suomessa	3
2.3.1	Yhteisöhoito malli	4
3	Niemikotisaatiö	5
3.1	Asumispalveluyksiköt	5
3.2	Kuntoutujat	6
4	Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymys	6
4.1	Työn tavoitteet toimeksiantajan näkökulmasta	6
5	Tutkimusmenetelmät ja opinnäytetyön toteutus	7
5.1	Menetelmien valinta sekä niiden yleinen kuvaus	7
5.1.1	Teemahaastattelu	7
5.1.2	Deduktiivinen sisällönanalyysi	8
5.2	Opinnäytetyön toteutusvaiheen kuvaus	9
5.2.1	Haastattelurungon muodostaminen	9
5.2.2	Haastateltavien valinta ja haastatteluiden toteutus	9
5.2.3	Analyysirungon muodostaminen	10
5.2.4	Aineiston pelkistäminen, luokittelu, koodaaminen ja kvantifiointi	10
5.2.5	Sisällön analysointi	11
6	Tulokset	11
6.1	Positiivisen identiteetin rakentaminen	12
6.2	Hyvän ja mielekkään elämän rakentaminen	13
6.3	Vastuun kantaminen ja oman elämän hallinta	14
6.4	Toivon löytäminen ja ylläpitäminen	16
6.5	Johtopäätökset	17
7	Etiikka ja luotettavuus	17

7.1	Tutkimuseettiset periaatteemme	17
7.2	Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa	19
7.2.1	Reliabiliteetti laadullisessa tutkimuksessa	19
7.2.2	Validiteetti laadullisessa tutkimuksessa	20
7.2.3	Muuta huomioitavaa oman työmme luotettavuuden kannalta	20
8	Pohdinta	21
	Lähteet	23
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Teemahaastattelun runko	
	Liite 3. Analyysirunko	

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä recovery-mallin periaatteita Niemikotisäätiön mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköissä tällä hetkellä toteutetaan. Tavoitteena on kartoittaa, mitkä malliin liittyvät piirteet esiintyvät tällä hetkellä asumispalveluyksiköiden kuntoutusprosessissa, ja mitkä kenties eivät.

Kartoitus tehdään ennen kuin henkilökuntaa on koulutettu hoitomallin käyttöön, joten opinnäytetyö toimii selvityksenä talon tämänhetkisistä toimintatavoista. Se ei siis mittaa esimerkiksi hoitomallin käyttöönoton onnistumista.

Työtä tehdään yhteistyössä kolmen muun opinnäytetyöparin kanssa. Kaikki neljä paria lähestyvät recovery-mallia hieman eri näkökulmasta. Kaksi työtä tehdään kenttätasolla Niemikotisäätiön toiminnan kautta (oma työmme sekä työ Mieli töihin –toiminnan kuntoutujien parissa). Toiset kaksi ovat enemmän teoreettisia: kirjallisuuskatsaus recovery-mallin käsitteitä hyödyntävien interventioden vaikuttavuuteen sekä recovery-mallin käsiteanalyysi.

Hanke on tilaustyö Niemikotisäätiöltä. Mainitut neljä opinnäytetyötä ovat vasta osa kokonaisuutta, ja hanketta jatkettaneen seuraavina vuosina uusien opinnäytetyön tekijöiden kanssa. Niemikotisäätiön näkökulmasta hankkeen tavoitteena on löytää koko säätiön toimintaa ohjaava hoitotyön malli, jota sovellettaisiin kaikissa sen hoitotyön ympäristöissä.

Työ toteutetaan laadullisen tutkimuksen keinoin tarkastelemalla kuntoutujien kokemuksia. Kuntoutujille ei esitellä hoitomallia erikseen, vaan tarkoitus on keskustelunomaisesti haastatella heitä hoitomallin keskeisistä teemoista. Haastatteluaineistosta tehdään deduktiivinen sisällönanalyysi, jonka luokitukset pohjautuvat recovery-mallin teorioihin.

2 Recovery-malli

Recovery-mallin juuret juontavat 1980-luvulle, jolloin psykiatrisen hoidon painotus alkoi siirtyä laitoshoidosta avohoitoa kohti. Samalla huomattiin, että vakavasta mielisairaudesta kärsivät henkilöt tarvitsevat muutakin apua kuin oireidensa lieventämistä. Alettiin myös ymmärtää, että potilailla on monenlaisia tarpeita liittyen niin asumiseen, koulutukseen, työntekoon, kuin sosiaaliseen kanssakäymiseenkin. Tällöin huomattiin tarve uusille malleille, jotka ohjaisivat toimintaa mielenterveyssairautta sairastavan henkilön kanssa, kun hän ei enää ole laitoshoidossa eikä saa kaikkea tarvitsemaansa tukea ja turvaa sairaalasta. Tästä näkökulmasta mielenterveyspalveluita tulisi siis järjestää hie- man uudella tavalla sen mukaan minkälaisia tarpeita ja toiveita vakavaa mielenterveys- sairautta sairastavalla henkilöllä on avohoidossa. Tällainen ajattelutapa loi juuret Reco- verry-mallin syntyemiselle. (Anthony 1993: 11.)

2.1 Recovery-mallin käsitteitä

Recovery-mallin keskeisiin arvoihin kuuluu ihmisen oikeus elää mielekästä ja täysipai- noista elämää riippumatta siitä, kärsiikö tämä mielenterveyden häiriöstä tai siihen liitty- vistä oireista. Malli perustuu itsemääräämisoikeuteen ja oman elämän hallintaan ja se korostaa toivon tärkeyttä mielenterveyssairaudesta kärsivän henkilön kuntoutusproses- sissa. (Shepherd – Boardman – Slade: 2008:1.) Recovery-käsitteelle ei ole vakiinunut- ta suomennosta, mutta se on käännetty esimerkiksi toipumis- tai kuntoutusprosessiksi (Laitila – Pietilä 2012: 12).

Andersen, Oades ja Caputin (2003) mukaan ja Shepherdin tiivistäminä Recovery- mallin neljä pääkohtaa ovat: a) Toivon löytäminen ja ylläpitäminen, johon liittyy usko omaan itseensä ja optimisminen tulevaisuuden kuva omasta elämästä, b) Positiivisen identiteetin rakentaminen, johon liittyy uuden identiteetin rakentaminen sairauden kanssa, c) Hyvän ja mielekkään elämän rakentaminen, johon liittyy oman sairauden ymmärtäminen ja sen kanssa eläminen, d) Vastuun kantaminen ja oman elämän hallin- ta sairauden kanssa. (Andersen – Oades – Caputin 2003: 589-590 & Shepherd 2008: 2.)

2.2 Recovery käytännössä

Recovery-malliin perustuvassa yksikössä hoidon suunnittelun tulisi olla potilaskeskeistä, ja painottua henkilökohtaisen kasvuun ja elämän mielekkyyteen (Deane – Andresen – Crowe – Oades – Ciarrochi – Williams 2013: 660). Tämä malli on kasvanut pääperiaatteeksi mielenterveyspalveluita tuottaessa monissa maissa, kuten Uudessa-Seelannissa, Yhdysvalloissa, Australiassa, sekä Euroopassa ainakin Irlannissa ja Skotlannissa (Shepherd 2008: 1).

Tämän tyyppisessä lähestymismallissa mielenterveystyöhön tarvitaan uudenlaista suhdetta hoitajien ja potilaan välillä, kuin mihin on ehkä aikaisemmin totuttu. Perinteisessä hoitaja-potilas -suhteessa on totuttu näkemään hoitaja asiantuntijana ja auktoriteettihahmona ja potilas tiedon vastaanottajana. Recovery-mallissa ajatellaan, että hoitajan tulisi enemmänkin olla eräänlainen ”valmentaja” potilaalle, joka tarjoaa omaa ammatillista tietoa ja taitoa potilaan käyttöön. Samalla hoitaja voi oppia potilaalta, joka voitaisiin nähdä kokemusasiantuntijana omassa mielenterveyshäiriössään. Tällainen auttamissuhteen laatu on elintärkeä potilaan toipumisen kannalta, ja on tärkeää, että suhde perustuisi avoimuuteen, luottamukseen ja rehellisyyteen. (Shepherd 2008: 3.)

2.3 Mielenterveystyön historiaa Suomessa

Suomen historian ensimmäisenä mielisairaalana pidetään Seilin sairaalaa, joka sijaitsi Turun saaristossa, eristyksissä muusta yhteiskunnasta. Alun perin spitaalisia varten perustettu sairaala alkoi 1700-luvulla hoitamaan mielenterveyspotilaita. Keinoina olivat esimerkiksi työnteko, viina, kylmät kylvyt, pimeä huonehoito rauhattomille ja väkivalta. 1900-luvun alkupuolella eristyshoitoa alettiin epäillä ja 1955 päätettiin, että Seilin sairaalassa toiminta lopetetaan. (Ranta 2011: 12-13.)

1950- ja 1960-luvulla Suomessa oli parhaimmillaan melkein 20 000 sairaansijaa mielenterveyspotilaille. Mielenterveyshäiriöiden katsottiin olevan pysyviä, parantumattomia sairauksia, eikä potilaan ajateltu pystyvän koskaan täysin kuntoutumaan. Vuonna 1975 avohoitosektorin osuus oli vain 5% koko mielenterveyshoitojärjestelmän menoista. (Hyvönen 2008:108 & Ranta 2011: 13.)

Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki ohjasi merkittävästi mielenterveystyötä laitospeskeisyydestä avohoitoa kohti. 1970-luvulle asti psykiatrinen hoitojärjestelmä ja

somaattinen hoitojärjestelmä kehittyivät erillään, mutta vuosikymmenen lopulla ne alkoivat vapaaehtoisesti yhdistyä sairaanhoitopiireiksi. Oli havaittu, että molemmissa järjestelmissä oli puutteita osaamisessa ristiin, jotka hidastivat hoidon kehittymistä. Todettiin että erityisesti potilaan kokonaisvaltainen hoito kärsi tilanteesta. (Hyvönen 2008: 113 & Harjajärvi – Pirkola – Wahlbeck 2006: 17.)

1990-luvulla tulivat voimaan lait erikoissairaanhoidosta ja valtionosuusjärjestelmän muutoksesta. Nämä lait yhdistivät psykiatrisen hoidon ja somaattisen hoidon hallinnollisesti yhteisiin sairaanhoitopiireihin, sekä siirsivät erikoissairaanhoidon rahoitusvastuun valtiolta kunnille. Nämä osaltaan jatkoivat jo 1980-luvulla alkanutta laitoshoidon purkamista ja siirtymistä enemmän avohoitopainotteiseen hoitoon mielenterveystyössä. (Harjajärvi 2006: 17-18.)

2000-luvulla mielenterveyspalveluita leimasivat hajautuneisuus, kirjava palveluntarjonta, koordinaation puute, sekä suuret alueelliset erot. Tasoittaakseen näitä ongelmia, sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt useita projekteja ja hankkeita. Tällä hetkellä mielenterveystyötä ohjaa mielenterveyslaki, sekä sosiaali- ja terveysministeriön laatima Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009.)

Mielenterveyden häiriöistä johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien tasaisesti, kun taas työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kokonaisuudessaan on pienentynyt. Mielenterveyden häiriöitä voidaan pitää tällä hetkellä hyvin yleisenä sairautena ja se onkin merkittävä kansanterveysongelma, johon kuntien olisi syytä varautua. Tulevaisuudessa mielenterveyspalveluiden tarve tulee kasvamaan ja näin ollen kuormitus palvelujärjestelmälle tulee lisääntymään. (Harjajärvi 2006: 20-22.)

2.3.1 Yhteisöhoidon malli

Suomessa ehkä tunnetuin ja eniten käytetty malli tällä hetkellä on yhteisöhoidon malli. Vuonna 2012 julkaistun Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 mukaan, yhteisöllisessä hoidossa jokaisella potilaalla on oma paikkansa yhteisössä ja mahdollisuus vaikuttaa yhteisön toimintaan. Mallissa yksilö nähdään kokonaisuutena, eikä häntä määritä pelkästään esimerkiksi päihde- tai mielenterveysongelma. Hoidon tavoitteena pidetään kokonaisvaltaista elämäntavan muutosta. Henkilökunnan tärkeim-

pänä tehtävänä on ylläpitää yhteisön rakenteita ja ohjata toimintaa. (Moring – Martins – Partanen – Nordling – Bergman 2012: 105.)

Yhteisöhoidon keskeisimmät periaatteet ovat: demokraattisuus, yhteisöllisyys, sallivuus, realiteettikonfrontaatio, kysymisen kulttuuri, rehellisyys, avoimuus, fyysinen ja psyykinen koskemattomuus ja inhimillisyys. (Murto 1997b: 250.)

3 Niemikotisäätiö

Niemikotisäätiö on helsinkiläisille mielenterveyskuntoutujille palveluja tarjoava säätiö. Sen toiminta-ajatus on seuraava:

Niemikotisäätiö on mukana helsinkiläisten mielenterveyskuntoutujien elämässä järjestämällä asuntoja, työtä, opiskeluita ja monipuolista päivä- ja vapaa-ajan toimintaa.

Kuntoutujien kanssa toimitaan kunnioittavasti, kuntoutujan omaa kokemusta arvostaen ja kannustaen itsenäiseen päätöksentekoon. Säätiö toimii moniammatillisena ja verkostoituneena toimijana, tärkeänä osana Helsingin mielenterveyspalveluja. (Niemikotisäätiö 2015(1).)

Opinnäytetyöprojektia aloitettaessa todettiin, että Niemikotisäätiöllä ei tällä hetkellä ole käytössä virallista hoitomallia, joskin hoitotyötä toteutetaan ainakin joissakin yksiköissä osittain ns. yhteisöhoidon periaatteisiin pohjautuen. Tästäkin syystä opinnäytetyömme on työelämän ja Niemikotisäätiön toiminnan kehittämisen kannalta tarpeellinen.

3.1 Asumispalveluyksiköt

Opinnäytetyön ohjaustapaamisella sovitun työnjaon mukaisesti työmme keskittyy tarkastelemaan Niemikotisäätiön asumispalveluyksiköitä. Yksiköt (yhteensä 9) sijaitsevat eri puolilla Helsinkiä ja tarjoavat asumispalveluita hieman eri tukitasoilla. Yleisimmin vuonna 2014 asumispalveluyksiköihin muutettiin sairaalasta tai laitoksesta (42,0%), vanhempien luota (12,1%) tai omasta asunnosta (10,8%) (Niemikotisäätiö 2015(2)).

3.2 Kuntoutujat

Vuoden 2014 tilastoissa asumispalveluyksiköiden kuntoutujista 64% oli miehiä ja 36% naisia. Siviilisäädyltään kuntoutujat olivat lähes poikkeuksetta joko naimattomia (85,4%) tai eronneita (12,1%). Päädiagnoosit painottuivat ICD-10 –tautiluokituksen välille F20-F29 eli skitsofreniaan, skitsotyyppisiin häiriöihin sekä harhaluuloisuushäiriöihin. Kuntoutujista 46% on iältään 39v tai alle. Sovimme rajaavamme työn tähän ikäryhmään, jolloin tulokset olisivat helpommin verrattavissa myös samaa ikäluokkaa edustavien Mieli töihin –toiminnassa olevista kuntoutujista tehtäviin opinnäytetyön tuloksiin. (Niemikotisäätiö 2015(2); THL 2011: 257-260.)

4 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymys

Tällä työllä pyritään saamaan vastauksia tai tietoa seuraavaan kysymykseen: ”Mitä recovery-mallin periaatteita Niemikotisäätiön asumispalveluyksiköiden kuntoutusprosessissa esiintyy?” Niemikotisäätiön henkilökunnan toiminnan näkökulmasta tutkimuskysymyksemme selvittää, minkälaiset puitteet Niemikotisäätiön asumispalveluyksiköt tarjoavat Recovery-prosessin mukaiselle kuntoutumiselle?

4.1 Työn tavoitteet toimeksiantajan näkökulmasta

Niemikotisäätiö tarjoaa mielenterveyskuntoutujille erilaisia asumiseen ja työhön liittyviä palveluja useissa eri toimipisteissä ympäri Helsinkiä. Näiden palvelujen ja toimipisteiden toimintaa ei tällä hetkellä ohjaa mikään yhteinen hoitomalli tai ajattelutapa. Niemikotisäätiön näkökulmasta tarkoitus olisikin ottaa Recovery-malli käyttöön koko säätiön toimintaa ohjaavaksi malliksi. Oma työmme on osa tätä useammalle vuodelle jakautuvaa hanketta. Työmme tarjoaa katsauksen siihen, minkä verran Recoverylle tyypillisiä piirteitä Niemikotisäätiön asumispalveluyksiköiden kuntoutusprosessissa jo tällä hetkellä ilmenee.

5 Tutkimusmenetelmät ja opinnäytetyön toteutus

Tässä kappaleessa kuvaamme opinnäytetyön prosessin alkaen menetelmän valinnasta haastattelujen toteutukseen ja sisällönanalyysiin saakka. Perustelemme käyttämämme menetelmät menetelmäkirjallisuudella sekä työn edetessä tekemillämme havainnoilla ja johtopäätöksillä.

5.1 Menetelmien valinta sekä niiden yleinen kuvaus

Tutkimustavan valinnassa päädyimme laadulliseen tutkimukseen, jotta saisimme varmasti riittävästi haastateltavia tutkimustapaan nähden. Tiedonkeruutavaksi valitsimme teemahaastattelun. Haastatteluilla kerätty aineisto litteroitiin ja siitä tehtiin deduktiivinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin analyysirunko rakennettiin recovery-mallin teorian ja käsitteiden mukaan. Myös teemahaastattelun haastattelurunko laadittiin recovery-mallin pääkohtiin pohjautuen. Seuraavissa alakappaleissa esittelemme lyhyesti menetelmät ja perustelemme niiden soveltuvuutta työhömmme.

5.1.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Strukturoituna piirteenä siinä on haastattelijan ennalta laatima runko, jonka avulla haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin eli teemoihin. Toisaalta se on lähempänä strukturoimatonta haastattelua, koska kysymyksiä ei kirjoiteta valmiiksi tarkkaan muotoon eikä järjestykseen. Myöskään vastausvaihtoehtoja ei ole, vaan haastateltava saa vapaasti muotoilla oman vastauksensa. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 47-48.)

Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä tarjoaa mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa tilanteen aikana (Hirsjärvi – Hurme 2008: 34). Tämä oli yksi tapa varmistaa validien vastausten saaminen. Haastattelutilanteessa pystyimme kannustamaan vastaajia tarkentamaan vastauksiaan tietystä aihepiiristä. Aktiivisen kuuntelun keinoin saatoimme motivoida haastateltavia myös vastaustilanteen aikana.

Skitsofrenian ja skitsofreenistyyppisten häiriöiden oirekuvassa korostuu kognition heikentyminen. Tyypillisesti potilaat kärsivät esimerkiksi episodisen ja lyhytkestoisen muistin heikentymisestä, prosessinopeuden hidastumisesta sekä käsitteenmuodostuksen hankaloitumisesta. (Tuulio-Henriksson 2014: 233-234). Nämä piirteet rajoittivat jonkin verran tutkimusmenetelmän valintaa: esimerkiksi paljon käsitteitä sisältävä kyselylomake olisi ollut vastaajille aikaa vievä ja olisi saattanut tuottaa väärinymmärryksistä johtuvia epävalideja tuloksia.

5.1.2 Deduktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysistä voidaan puhua perusanalyysimenetelmänä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sen voi erotella kolmeen pääkategoriaan: aineistolähtöiseen eli induktiiviseen, teorialähtöiseen eli deduktiiviseen sekä näiden välimuotoon, teoriaohjaavaan analyysiin. (Tuomi – Sarajärvi 2008: 91, 95-99.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä tutkittava ilmiö määritellään jonkin ennalta tunnetun teorian pohjalta. Teoria ohjaa tutkimuksessa sekä tiedonkeruuta että sisällönanalyysia. Deduktiivinen menetelmä soveltuu erityisesti aikaisemman tiedon tai teorian testaamiseen uudessa kontekstissa. (Tuomi – Sarajärvi 2008: 97-99.) Valitsimme tämän lähestymistavan, sillä toimeksiantajamme on nimenomaan kiinnostunut ennalta tunnetun Recoveryn teorian esiintymisestä uudessa ympäristössä eli Niemikotisäätiön asumispalveluysiköiden toiminnassa.

Deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet:

1. Analyysirungon muodostaminen: Analyysirungoksi muodostetaan teorian pohjalta erilaisia luokituksia tai kategorioita, joiden odotetaan esiintyvän aineistossa ja jotka ovat tutkimuksen mielenkiinnon kohteina. Luokitukset tehdään eri tasoille: tarkahkot alaluokat voidaan sijoittaa ylempiin luokkiin, joita voi vielä yhdistää yksi tai useampi taso ylempiä luokkia.
2. Aineiston pelkistäminen: Litteroidusta aineistosta poimitaan analyysirungon alaluokkiin sopivia ilmiöitä tai lausahduksia. Poimitut lainaukset pelkistetään ja sijoitetaan niitä kuvaaviin luokkiin. Aineiston pelkistämisen vaihe esitetään esimerkiksi taulukkona, josta näkyy alkuperäinen lainaus, sen pelkistys ja luokitus, johon ne sopivat.

3. Aineiston kvantifiointi: Luokittelun jälkeen aineisto voidaan kvantifioida. Tämä tarkoittaa kategorioiden sisältöjen esiintymiskertojen taulukointia. Taulukon perusteella voidaan sitten helpommin tulkita, miten usein jokin tietty teorian osa-alue esiintyy aineistossa. Kvantifiointia on tosin kritisoitu sen soveltumattomuudesta pienien aineistojen tulkitsemiseen, mutta omassa työssämme näimme sen selkeyttävän tulosten tulkintaa. (Tuomi – Sarajärvi 2008: 113-122).

5.2 Opinnäytetyön toteutusvaiheen kuvaus

Seuraavassa kuvaamme opinnäytetyömme toteutuksen vaiheittain. Kuvaus lisää työmme läpinäkyvyyttä ja siten parantaa luotettavuutta.

5.2.1 Haastattelurungon muodostaminen

Aloitimme teemahaastattelun rungon muodostamisen Recovery-mallille määrittelemiemme neljän pääkohdan avulla. Pohdimme, minkälaisin keinoin saisimme haastateltavat kertomaan kokemuksistaan laajasti ja avoimesti. Pyrimme käyttämään mahdollisimman avoimia kysymyksiä välttääksemme johdattelemasta haastateltavia vastaamaan tietyllä tavalla. Käytimme myös avoimia kehotuksia, esimerkiksi ”Kerro vähän Niemikodin henkilökunnasta,” jolloin johdattelua tulisi vielä vähemmän. Rungon muodostuttua pohdimme vielä suullisesti mahdollisesti tarpeelliseksi tulevia apukysymyksiä, mikäli jostain teemasta ei heräisi minkäänäänköistä keskustelua. Valmis haastattelurunko käytiin myös läpi kahden Niemikotisaatiön henkilökunnan jäsenen kanssa. Heiltä saimme vahvistuksen siihen, että kysymykset olivat haastateltavien näkökulmasta ymmärrettäviä ja toimeksiantajan tavoitteiden kannalta relevantteja. Haastattelurunko on työn liitteenä (liite 2).

5.2.2 Haastateltavien valinta ja haastatteluiden toteutus

Laadullisin menetelmin toteutetussa opinnäytetyössä riittävä otanta on viisi haastateltavaa. Varauduimme peruutuksiin, ja kutsuimme haastatteluihin kymmenen Niemikotisaatiolla asuvaa mielenterveys- tai päihdekuntoutujaa. Peruutuksia tuli vain yksi, ja lopulliseksi otannaksi muodostui siis yhdeksän haastateltavaa.

Haastattelijoita kutsuttiin neljästä eri asumispalveluyksiköstä, jotta tulokset olisivat paremmin yleistettävissä. Haastatteluun kutsuttiin työikäisiä asukkaita, jotta tulokset olisivat parhaiten vertailtavissa. Mieli töihin –yksikössä tehtävän opinnäytetyön tulosten kanssa. Toinen valintakriteeri oli haastatteluun osallistumisen mahdollistava psyykkinen vointi. Kutsuttavien valinnat toteuttivat asumisyksiköiden vastaavat ohjaajat. Valintamenetelmä säästi valtavasti aikaa satunnaisotantaan verrattuna. Satunnaisotantaa ei myöskään voida pitää luotettavampana menetelmänä, sillä vastaavat ohjaajat eivät hyödy työn tuloksista muuten kuin informaation kannalta.

Haastattelut toteutettiin asumisyksiköissä haastateltavien kanssa sovittuna ajankohtana. Haastattelulle varattiin rauhallinen tila. Haastateltaville lähetettiin henkilökunnan välityksellä saatekirje (liite 1), joka käytiin vielä ennen haastattelun aloitusta yhdessä läpi. Ennen haastattelua varmistettiin vielä haastateltavan tietävän, mihin hän osallistuu ja mihin haastatteluaineistoa käytetään. Haastattelun lopuksi haastattelurunko esiteltiin haastateltavalle ja pyydettiin haastateltavaa kertomaan vapaasti aiheesta, josta hän kenties haluaisi vielä sanoa jotain. Molemmat opinnäytetyöntekijät haastattelivat asukkaita, toinen neljää ja toinen viittä. Haastattelut nauhoitettiin sanelimelle.

5.2.3 Analyysirungon muodostaminen

Analyysirungon muodostaminen aloitettiin valitsemalla pääluokiksi samat neljä aiemmin määriteltyä recovery-mallin pääkohtaa, joita käytettiin myös haastattelurungon pääteemoina. Pääluokkien alle muodostimme alaluokkia, joihin sopivia ilmauksia uskoimme saavamme haastatteluaineistostamme. Nämä alaluokat jäivät kuitenkin melko yleisiksi, joten jaoimme ne vielä tarkentaviin teemoihin. Luokitteluvaiheessa tarkensimme vielä joitain sanamuotoja ja korjasimme päällekkäisyyksiä. Muuten käytimme niin sanottua strukturoitua analyysirunkoa, eli luokitteluvaiheessa ei enää muodostettu uusia luokkia induktiivisin menetelmin. Analyysirunko on työn liitteenä (liite 3).

5.2.4 Aineiston pelkistäminen, luokittelu, koodaaminen ja kvantifiointi

Haastattelut litteroitiin sana sanalta tekstitiedostoksi ja luettiin useampaan kertaan. Sen jälkeen aineistoa alettiin pelkistämään etsimällä sieltä lyhyitä, analyysirungon luokitukseen sopivia ilmaisuja. Ilmaisujen etsiminen tehtiin tuplatarkistusmenetelmällä: molemmat tekijät etsivät omista haastatteluistaan ja tarkistivat tämän jälkeen toisen

työn. Ilmaisut pelkistettiin puhekielisestä muodostaan mahdollisimman yksinkertaiseksi. Ilmaisut ja pelkistykset värikoodattiin haastateltavan mukaan. Koodaus auttoi tarvittaessa asiayhteyden tarkistamisessa, mutta ennen kaikkea siitä oli hyötyä kvantifiointivaiheessa.

Tämän jälkeen pelkistykset luokiteltiin analyysirungon alimman tason teemojen mukaan. Jos pelkistys ei tässä vaiheessa sopinutkaan analyysirunkoon, poistimme sen aineistosta irrelevanttina. Myös samasta haastattelusta jo kertaalleen tulleet tismalleen samanlaiset pelkistykset poistettiin itseään toistavina. Värikoodaus pidettiin mukana myös luokitteluvaiheessa. Sen avulla oli helppo nähdä, kuinka moni haastateltava on tuonut esille johonkin tiettyyn teemaan liittyvän ilmauksen. Kvantifioinnilla työmme tapauksessa tarkoitamme siis numeraalisen arvon luomista sille, kuinka monen eri haastateltavan kerronnassa tietty alimman tason teema esiintyy. Kvantifioidun sisällön mittaamiseen loimme asteikon välille 0-9 (esiintyminen yhden haastateltavan kerronnassa vastaa yhtä yksikköä). Asteikolla määrittelimme arvojen 0-2 tarkoittavan epätyypillistä, arvojen 3-6 jokseenkin tyypillistä ja arvojen 7-9 tyypillistä.

5.2.5 Sisällön analysointi

Sisältö analysoitiin edellä esitellyn kvantifioinnin avulla sekä impressionistisesti eli luomalla vaikutelmia luetuista haastatteluista. Vaikutelmat syntyivät opinnäytetyön tekijöiden välillä prosessin aikana käytyjen keskustelujen pohjalta. Kvantifiointi helpottaa yleistävien kuvauksien luomista sekä erityisesti niiden validiuden tarkistamista kuvauksen kirjoittamisen jälkeen (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006). Tällaisena apuvälineenä se toimi myös meidän työssämme: tarkistimme kvantifioinnin avulla sekä luokittelun pohjalta tehtyjen yleistysten että vaikutelmiemme pätevyyden.

6 Tulokset

Tulokset-kappaleessa kuvaamme Recovery-mallille tyypillisten piirteiden esiintymistä haastatteluaineistossamme. Käymme tulokset läpi Recoveryn neljän pääteeman näkökulmasta. Kerromme teemoittain, mitkä mallin piirteet nousivat aineistosta toistuvasti esiin, ja mitkä tulivat mainituksi harvemmin tai eivät ollenkaan. Yleistämällä nämä piirteet luomme jokaisesta pääkategoriasta ”tyypillisen vastaajan.” Tyypillisen vastaajan

luomisella pyrimme selkeyttämään ja kokoamaan pääkategorioittain tekemämme havainnot. Havainnollistamme tuloksia myös haastatteluista poimittujen suorien lainausten avulla.

6.1 Positiivisen identiteetin rakentaminen

Jaoimme *positiivisen identiteetin rakentaminen* -pääkategorian analyysirungossamme kolmeen eri alakategoriaan: *esittelee itsensä positiivisesti*, *löytää itsestään vahvuuksia ja voimavaroja* sekä *kokee muiden ajattelevan itsestään hyvää*.

Esittelee itsensä positiivisesti -kategoriassa nousi tyypillisimmäksi teemaksi *esittelee itsensä työn tai opiskelun kautta*. Itsensä opiskelijoiksi määritteli yli puolet haastateltavista ja muut yhtä lukuun ottamatta esittelivät itseänsä työn kautta. Haastateltaville oli myös tyypillistä esitellä itsensä omien harrastuksiensa kautta, esimerkiksi musiikin kuunteleminen ja sen harrastaminen oli monelle tärkeätä. Sen sijaan itsensä esittely omien luonteenpiirteiden tai ihmissuhteiden kautta oli jokseenkin tyypillistä tai epätyypillistä.

Löytää itsestään vahvuuksia ja voimavaroja -kategoriassa haastateltavat toivat tyypillisesti esiin omia taitojaan vahvuuksinaan ja jokseenkin tyypillisesti omat luonteenpiirteet koettiin omiksi vahvuuksiksi. Näissä teemoissa nousivat esille esimerkiksi erilaiset kädentaidot, sosiaaliset taidot, oma positiivisuus, sinnikkyys ja käytännön taidot. Itsensä kokeminen voimavaraksi muille oli pienelle osalle haastateltavista vahva aspekti heidän elämässään, kun taas toiset eivät kokeneet itseään lainkaan voimavaraksi muille.

Kategoria *kokee muiden ajattelevan hyvää itsestään* jäi koko aineistossamme suhteellisen pienelle huomiolle. Kategoriaan kuuluivat teemat *kokee muiden ajattelevan hyvää itsestään* ja *kokee muiden välittävän itsestään*, jotka olivat molemmat esiintyivät jokseenkin tyypillisesti. Erityisesti aineistostamme ei oikein tullut esille sitä, että haastateltavat kokisivat muiden ihmisten välittävän heistä.

Tyypillinen vastaus *Positiivisen identiteetin rakentaminen* -pääkategoriassa voisi kuulua seuraavalla tavalla: ”Moi, olen Pertti Matikainen ja opiskelen tuolla Metropolia ammatti- korkeakoulussa. Mun harrastuksiin kuuluu urheilu ja kulttuurin harrastaminen, esimer-

kiksi kävin juuri viime viikolla rock-keikalla ja kyl mä pidän itseäni ihan sosiaalisena tyyppinä.” Tällainen vastaus on Recovery-mallin mukainen. Mallin mukaan on tärkeää rakentaa positiivinen identiteetti sairaudesta huolimatta ja on tärkeää määritellä itsensä muutenkin kuin sairauden kautta. Juuri näin suurin osa haastateltavistamme teki.

6.2 Hyvän ja mielekkään elämän rakentaminen

Hyvän ja mielekkään elämän rakentamisen -pääkategorian jaoimme kahteen alakategoriaan, jotka olivat; *on tyytyväinen tämänhetkiseen arkeensa* ja *on aktiivisena toimijana omassa elämässään*.

On tyytyväinen tämänhetkiseen arkeensa -alakategoria oli toiseksi tyypillisin kaikkien neljän pääkategorian alla. Sen jokainen teema oli mainittu lähes jokaisessa haastattelussa. Näin ollen voidaan päätellä, että haastateltavat olivat tyytyväisiä omaan arkeensa. Jokainen haastateltava mainitsi ainakin yhden mielekkään tekemisen arjessaan, useampi monta eri asiaa. Arjessa mielekästä tekemistä haastateltaville oli esimerkiksi uutisten lukeminen ja maailman tapahtumien seuraaminen, käytännön arjen askareet, ruuanlaitto, harrastuksissa käyminen ja kavereiden kanssa oleminen.

Samaan alakategoriaan kuuluivat myös teemat *Kuvaa arjessa olevan nautintoa* ja *Kuvaa olevansa tyytyväinen arkeensa*. Aineistossamme tuli esille paljon erilaisia asioita, joita haastateltavat olivat kokeneet nautinnoksi arjessaan. Monet mainitsivat nauttivansa harrastuksista, kuten musiikki, kulttuuri, tiede ja taide. Monelle myös sosiaaliset suhteet toivat nautintoa arkeen, kuten myös elämän pienet asiat, kuten ruoka, opiskelu ja sikarinpoltto. Seitsemän yhdeksästä haastateltavasta kuvasivat suoraan olevansa tyytyväisiä arkeensa, mutta kaikilla oli vähintään yhdessä tämän kategorian teemassa mainintoja.

Kategoriassa *On aktiivisena toimijana omassa elämässään* kaikki kolme teemaa esiintyivät aineistossa jokseenkin tyypillisesti. Haastateltavista noin puolet kokivat olevansa aktiivisia sosiaalisissa suhteissaan ja samat ihmiset kokivat myös pystyvänsä pyytää tarvittaessa apua. Näiden kahden teeman välillä oli havaittavissa jonkinlainen yhteys.

Aktiivisen toimijan kategoriaan kuului myös teema omien ajatuksien, toiveiden tai ideoidensa esille tuomisesta. ”Nyt vois olla ehkä oikee aika terapiallekin” ja ”ihmiset, jot-

ka osaa auttaa mua tässä sairaudesta toipumisesta on usein sellaisia ihmisiä, joilla ei ole mitään tällaista psykiatrista koulusta,” ovat hyviä esimerkkejä teeman sisällä mainituista omista ajatuksista. Tämä teema ei kuitenkaan noussut esille kuin kolmessa haastattelussa.

Hyvän ja mielekkään elämän rakentamisen pääkategoriassa tyyppivastaus voisi kuulua seuraavalla tavalla: ”Joo mulla on paljon tekemistä arjessa, tykkään käydä kaupungilla, esimerkiksi kaupoissa ja leffoissa, sekä näen paljon kavereita ja tehdään yhdessä jotain kivaa. Mä nautin mun harrastuksista, esimerkiksi musiikista ja taiteesta, ja nautin myös asioiden valmiiksi saamisesta ja onnistumisen tunteesta. Kyllä mä olen tyytyväinen mun arkeeni. Pidän myös yhteyttä mun läheisiini ja tarvittaessa voin pyytää apua heiltä tai henkilökunnalta.”

Kaiken kaikkiaan haastateltavat olivat hyvin tyytyväisiä omaan arkeensa ja olivat aktiivisia, mikä on Recovery-mallin mukaan hyvin tärkeitä. Vaikka aineistossamme tulikin paljon asioita esille, joita haastateltavat tekevät arjessa, niin aineistosta käy myös ilmi, että kaikki eivät olleet aktiivisia ja omaehtoisia toimijoita elämässään. Tämä selittyy sillä, että monelle oli paljon järjestettyä ohjelmaa ja he seurasivat aika tarkasti suunniteltua viikko-ohjelmaa. Recovery-mallin mukainen ajattelu kannustaisi vielä ottamaan itse enemmän vastuuta tekemisestään ja tuomaan sekä toteuttamaan rohkeasti omia ajatuksia ja ideoita.

6.3 Vastuun kantaminen ja oman elämän hallinta

Vastuun kantaminen ja oman elämän hallinta -pääkategoria jaoteltiin analyysirungossamme kolmeen eri alakategoriaan, jotka olivat *Tunnistaa oman merkityksen kuntoutumisessaan*, *Tuntee hallitsevansa vointiaan* ja *Tunnistaa merkityksen roolin kuntoutumisessaan*.

Oman merkityksen tunnistaminen kuntoutumisessaan tuli useimmiten esille erilaisina keinoina, joilla haastateltavat kokivat voivansa itse vaikuttaa omaan kuntoutumiseen. Teemana keinot, joilla vaikuttaa omaan kuntoutumiseen, esiintyi tyypillisesti aineistossamme. Melkein jokaiselta haastateltavalta tuli useampi keino, miten he itse vaikuttavat omaan kuntoutumiseensa. Yksittäisenä ilmaisuna aineistosta nousi selvästi esiin mielekkään tekemisen tärkeys: ”et, joka päivä ois jotain tekemistä et pääsis sieltä

asunnosta ulos, ettei tarvi olla koko aika kotona ilman mitään tekemistä.” Muita mainittuja keinoja oli esimerkiksi viikko-ohjelma, ihmissuhteiden olemassaolo, vuorokausirytmin tärkeys ja itsellensä anteeksi antaminen.

Sen sijaan kokemus siitä, että on itse tärkeä kuntoutumisprosessissaan tuli esille vain jokseenkin tyypillisesti. Tämä oli hieman kaksijakoinen teema, koska osa haastateltavista piti tätä hyvin itsestään selvänä ja osa ei tunnistanut omaa tärkeyttään kuntoutumisessaan.

Tunnistaa verkoston merkityksen kuntoutumisessaan -kategoria oli tuloksien osalta hyvin kaksijakoinen. Teemoiksi määrittelimme läheisten ja vertaistuen tärkeyden kuntoutumiselle, sekä Recovery-mallin mukaisen hoitajan rooli valmentajana ja kumppanina. Kaikki haastateltavat määrittelivät läheisensä tärkeäksi osaksi omaa kuntoutumistaan. Läheisiin kuuluivat niin vanhemmat, sisarukset, serkut kuin kaveritkin. Vertaistuki oli ainoa teema, joka ei saanut yhtään pelkistettyä ilmaisuja. Haastateltavat eivät tuoneet vertaistuen tärkeyttä lainkaan esille. Esille tuli myös yhteisöä vastustavia ilmaisuja; ”jotenkin mun identiteetti on koostunu, siitä et mä oon sairas, ku mä asun täällä, et sen takia mä en haluu jäädä asuun tänne.”

Haastatteluista pyrimme löytämään Recovery-mallin mukaisia kumppanuuteen tai valmentaja rooliin sopivia ilmaisuja hoitohenkilökunnasta. Nämä ilmaiset jäivät kuitenkin aineistossamme epätyypillisiksi. Henkilökunnasta mainittiin monia hyviä asioita ja haastateltavat olivat suurimmilta osin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Henkilökunta nähtiin kuitenkin vastausten perusteella enemmän auktoriteettihahmoina sekä ohjaajina kuin Recovery-mallin mukaisina valmentajina tai kumppaneina.

Oman elämän hallintaan kuuluu myös tunne siitä, että hallitsee omaa vointiaan. Voimakkaimmin aineistosta nousi tämän alakategorian teemoista tieto oman sairauden yksilöllisistä vaikutuksista. Yksilöllisiä vaikutuksia oli esimerkiksi oireiden ajankohdan tunnistaminen, itsesäätelyn vaikeus, jääminen omiin ajatuksiin ja omien oireiden tunnistaminen. Saman kategorian alla esiintyi kuitenkin vain epätyypillisesti omien varomerkkien tunnistaminen ja jokseenkin tyypillisesti tieto oman sairauden yleisistä vaikutuksista.

Samaan alakategoriaan kuuluvat myös teemat siitä, että ei koe sairauttaan rajoittavana tekijänä ja konkreettiset arjenhallintakeinot. Nämä molemmat esiintyivät jokseenkin tyypillisesti aineistossamme. Tästä voidaan päätellä, että osa haastateltavista koki sairautensa jossain määrin rajoittavana tekijä; ”Et teille terveille terveisiä, et tavallaan meistä tulee aika arkoja jossain vaiheessa, varsinkin jos asuu jossain tälläses paikassa.”

Tyypillinen vastaus *Vastuun kantaminen ja oman elämän hallinta* -pääkategoriasta voisi mennä seuraavalla tavalla: ”Kyllä mä luulen, että mä voin vaikuttaa mun kuntoutumiseen, esimerkiksi tekemällä itselleni mielekkäitä asioita. Mulle tärkeitä keinoja kuntoutumiseen on tasainen rytmi elämässä ja se, että pääsen olemaan ihmisten kanssa. Mun sairaus on vähän sellainen, että saattaa ahdistaa välillä päivällä ja se tekee musta epäsosiaalisen. Koen mun sairauden välillä rajoittavan mun elämää, mutta arjenhallintakeinoilla, kuten rutiineilla ja aktiivisena pysymällä, mä pysyn kontrollissa tässä mun elämässä.” Tämän pääkategoria oli kaikista pääkategorioista hajanaisin. Aineistosta löytyi paljon Recovery-mallin mukaisia asioita, mutta yhtälailla monet asiat jäivät hyvin vähälle maininnalle, tai niitä ei mainittu lainkaan.

6.4 Toivon löytäminen ja ylläpitäminen

Toivon löytäminen ja ylläpitäminen -pääkategoria jaettiin kahteen alakategoriaan, jotka ovat *Löytää tulevaisuudesta tarkoituksellisuutta* ja *Omaa itseluottamusta*.

Löytää tulevaisuudesta tarkoituksellisuutta -alakategorian olivat ”Mainitsee tavoitteita lähitulevaisuudesta” ja ”Haaveilee positiivisista asioista”. Molemmat teemat mainittiin jokaisessa haastattelussa ja tämä alakategoria oli näin kaikista tyypillisin neljän pääkategorian alla. Lähitulevaisuuden tavoitteita oli esimerkiksi itsenäistyminen, oma kämpä, opiskelu, työpaikka ja perhe. Erityisesti aineistosta nousee esiin itsenäisen asumisen toive ja halu opiskella tulevaisuudessa. Positiivisia haaveita tulevaisuudessa oli esimerkiksi työpaikan saaminen, parisuhde, kuntoutuminen, lemmikit ja matkustaminen.

Omaa itseluottamusta -alakategoriaan tuli yksi teema, joka oli ”Uskoo vointinsa olevan tulevaisuudessa parempi”. Teema esiintyi aineistossamme jokseenkin tyypillisesti. Teemassa nousi esille usko omaan tulevaisuuteen ja se, että uskoo pääsevänsä pitkälle elämässään vielä.

Toivon löytäminen ja ylläpitäminen -pääkategorian tyypillinen vastaus voisi olla esimerkiksi seuraavanlainen: "Kyllä mä tulevaisuudessa haluan asua itsenäisemmin, esimerkiksi jälleen vuokrauksessa. Oon myös kelaillut et haluan opiskelemaan ja sitä kautta ehkä sit joskus töitä. Ylipäänsä haluan kuntoutua semmoseks työkykyiseksi. Perhe olis myös kiva ja lemmikki, esimerkiksi kissa olis kiva. Haaveilen myös matkustamisesta paljon. Mut kyl mä uskon et mun tulevaisuudes on hyvii juttui tulossa ja kyl tää täst paranee."

6.5 Johtopäätökset

Tulokset Niemikotisäätiön asumispalveluyksiköissä ovat hieman kaksijakoiset. Pääkategorioiden mukaan asumispalveluyksiköissä esiintyy paljon recovery-mallin mukaista toimintaa, mutta mitä yksityiskohtaisempiin asioihin mennään, sitä isommat erot tuloksissa syntyvät. Osa recovery-mallin mukaisista teemoista ei saanut lainkaan mainintoja ja osa jäi hyvin vähäisille maininnoille, kun taas toiset teemat nousivat hyvin vahvasti esille aineistossamme.

Tästä voidaan päätellä, että Niemikotisäätiön tämän hetkiset toimintamallit luovat hyvän pohjan recovery-mallin hyödyntämiselle heidän työskentelyssään. Jos Niemikotisäätiö päättää viedä mallia enemmän käytäntöön, on heidän kuitenkin kiinnitettävä huomiota aineistomme mukaan erityisesti hoitajan rooliin yhteisössä, vertaistuen tarkeyteen kuntoutumisessa ja kuntoutujan omaan aktiiviseen rooliin, sekä kuntoutumisessaan, että sosiaalisissa suhteissaan.

7 Etiikka ja luotettavuus

Suomessa yleistä hyvää tieteellistä käytäntöä edistää ja ohjaa opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta. Neuvottelukunta on laatinut kirjallisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä, jota myös me työskentelyssämme noudatamme. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: ?, 6-7.)

7.1 Tutkimuseettiset periaatteemme

Eräs vakiintunut tapa on jakaa tutkimuksen eettiset periaatteet kolmeen osaluueeseen: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan (Kuula 2011: 60-61).

Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyy työssämme haastateltavien vapaaehtoisena osallistumisena tutkimukseemme. Jotta haastateltavat voivat aidosti päättää, haluavatko osallistua, tulee heidän tietää, mihin he olisivat osallistumassa. Mahdolliset osallistujat tulee siis informoida selkeästi. Usein informointi toteutetaan esimerkiksi saatekirjeellä. (Kuula 2011: 61-62.) Itse informoimme haastateltavia saatekirjeellä sekä lyhyellä keskustelulla juuri ennen haastattelua. Olimme pohtineet myös käyntiä tai keskustelutilaisuutta asumispalveluyksiköissä. Tästä ajatuksesta luovuimme ajatellen sen lisäävän haastateltaville mielikuvaa haastattelusta isona ja jännittävänä asiana. Oli myös haastattelun kannalta hyvä, etteivät haastateltavat olleet käyttäneet suuresti aikaa vastausten miettimiseen, vaan vastaukset tulivat vapaammassa muodossa ja tilanne säilyi keskustelunomaisena.

Tutkimusta tehdessä on mahdollista tehdä tutkittavalle vahinkoa fyysisesti tai henkisesti. Haastatteluaineiston anonymiteetistä ja tietosuojasta huolehtiminen on tässä suhteessa tärkeää. Henkistä vahinkoa voi tehdä myös haastattelutilanteessa tai missä tahansa tutkimuksen vaiheessa vuorovaikutuksen yhteydessä. (Kuula 2011: 62-63.) Nämä eettiset ongelmat pyrimme välttämään osoittamalla kunnioitusta haastateltavia kohtaan vuorovaikutuksen eri vaiheissa. Myös teemahaastattelun runko pyrittiin pitämään riittävän ”pinnallisena,” jotta lyhyessä kertaluontoisessa haastattelussa ei tarvitsisi pureutua liian kipeisiin tai henkilökohtaisiin aiheisiin.

Yksityisyydensuojaan kuuluu esimerkiksi tulosten avaaminen niin, että tekstistä ei voi tunnistaa haastateltavia. Tutkittavien pienen määrän vuoksi olemme kiinnittäneet tähän erityistä tarkkuutta. Haastateltaville on myös kerrottu, mihin tarkoitukseen ja millä lailla aineistoa käytetään. Aineiston säilyttämisessä ja arkistoisemisessa sitoudumme noudattamaan myös henkilötietolakia esimerkiksi henkilörekisterin osalta. (Kuula 2011: 64-65, 81-86; Henkilötietolaki 1999.) Aineiston käyttämiseen ja hankkimiseen liittyen olemme hakeneet ja saaneet Niemikotisäätiöltä tutkimusluvan. Lisäksi on tehty erillinen sopimus opintoihin liittyvästä projektista, jossa on sovittu esimerkiksi tulosten käyttöoikeuksista ja julkisuudesta.

7.2 Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pidetään yleisesti hankalana arvioitavana. Eri-tyisesti määrälliselle tutkimukselle tyypilliset termit reliabiliteetti ja validiteetti jakavat tiedeyhteisön mielipiteitä. Osan mielestä niitä ei tulisi käyttää, toisten mielestä ne saavat vain laadullisessa tutkimuksessa hieman uusia merkityksiä. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 184-190; Tuomi - Sarajärvi 2008: 134-142.)

7.2.1 Reliabiliteetti laadullisessa tutkimuksessa

Laadullisen tutkimuksen reliabiliteettia voidaan tarkastella esimerkiksi Kirkin ja Millerin (1986: 41-42) mukaan kolmesta näkökulmasta. Ensimmäinen tapa liittyy tietyn metodin toistettavuuden arviointiin eri konteksteissa. Esimerkiksi henkilökohtaiset tai arkaluontoiset kysymykset voivat saada erilaisia vastauksia riippuen haastattelijan ja haastateltavan suhteesta, haastateltavan mielialasta tai haastattelutilanteen intimitetistä. Toinen näkökulma liittyy reliabiliteetin ajallisuuteen, eli ovatko tulokset toistettavissa esimerkiksi viiden vuoden kuluttua. Kolmas tapa on tarkastella tulosten johdonmukaisuutta eri tapojen välillä. Toisin sanoen, jos usealla laadullisella menetelmällä saadaan samansuuntaisia tuloksia, olisi tutkimus tästä näkökulmasta luotettava.

Jätimme haastattelurunkoa tehdessämme syväluotaavat ja erityisen henkilökohtaiset kysymykset pois välttääksemme haastateltavalle mahdollisesti aiheutuvaa ahdistusta tai mielipahaa. Todennäköisesti tämä oli hyvä päätös myös luotettavuuden kannalta, sillä arkisiin ja ”pinnallisiin” kysymyksiin on varmasti helpompi vastata samalla lailla tilanteesta riippumatta. Ensimmäisen ja viimeisen haastattelun välillä on voinut olla haastattelijoiden harjaantumisen aiheuttamia olosuhde-eroja, samoin niitä on voinut aiheutua kahden eri haastattelijan välisistä eroavaisuuksista. Tätä arviointia on mahdollista ja toisaalta myös epätarkoituksenmukaista lähteä aukottomasti todistamaan opinnäytetyön resurssien puitteissa; todistaminen vaatisi käytännössä uuden tutkimuksen toteutettuna hieman eri olosuhtein. Ajallista reliabiliteettia ei myöskään voida arvioida, sillä vastaavaa työtä ei ole aiemmin tehty. Mahdollisesti työ voisi tulevaisuudessa toimia vertailukohtana tuleville samasta aiheesta tehdyille opinnäytetöille. Tulosten johdonmukaisuuden tarkastelua on käytetty tämän opinnäytetyön eri vaiheissa. Analyysivaiheen kuvauksessa mainitut impressionismi ja kvantifiointi osoittavat toistensa

luotettavuutta. Impressionistisista vaikutelmista on myös käyty tiivistä keskustelua opinnäytetyöntekijöiden välillä.

7.2.2 Validiteetti laadullisessa tutkimuksessa

Validiteetin käsite voitaneen laadullisessakin tutkimuksessa suomentaa tutkimuksen pätevyudeksi. Validiteettiongelmia voisivat tuottaa esimerkiksi tutkimuskysymyksen ja haastattelukysymysten väliset ristiriidat, virheellisten tulkintojen tekeminen aineistosta tai yleinen huolimattomuus tutkimustyön eri vaiheissa. (Kirk – Miller 1986: 29-30.)

Olemme pyrkineet pitämään tutkimuskysymyksen ohjaamassa työtä sen kaikissa vaiheissa. Esimerkiksi teemahaastattelurunkoon olemme pyytäneet ulkopuolista mielipidettä toimeksiantajalta ja seminaariryhmältämme, jotta sillä todennäköisimmin saataisiin vastauksia nimenomaan tutkimuskysymykseen. Ajattelemme validiteetin säilyttämisen olleen tavallaan helpompaa deduktiivisessa sisällönanalyysissä, sillä näin olemme voineet rajata pois kaikki tutkimuskysymyksen kannalta irrelevantit aineiston osat heti alkuvaiheessa. Toki on mahdollista, että olemme käsittäneet haastattelussa olevan ilmauksen eri lailla kuin miten haastateltava on sen tarkoittanut. Väärinymmärryksien riskiä on mahdotonta kokonaan välttää, samoin kuin toista ihmistä on mahdotonta kielten välityksellä aivan täysin ymmärtää. Tämänkään pohdinnan pidemmälle vieminen ei ole tarkoituksenmukaista työmme kannalta. Sinänsä teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä antoi meille mahdollisuuden kysyä tarkentavia kysymyksiä ymmärryksen lisäämiseksi jo haastatteluvaiheessa.

7.2.3 Muuta huomioitavaa oman työmme luotettavuuden kannalta

Yhtenä haasteenamme on ollut lähdemateriaalin niukkuus. Recovery-mallista on vähäisesti aikaisempaa tutkimustietoa, koska se on ilmiönä vielä melko uusi. Suomenkielistä, Suomen kulttuuriympäristössä toteutettua tutkimusta emme löytäneet aiheesta lainkaan. Voidaan siis sanoa, että tämän opinnäytetyön tietopohja ja määritelmät on kasattu melko harvojen – osin epätieteellisten – lähteiden perusteella.

Koko hankkeen mittakaavassa luotettavuuteen liittyvä seikka on opinnäytetöidemme keskinäinen vertailtavuus. Erityisesti suomennoksiin liittyvät kysymykset herättivät huomiomme, sillä suuri osa lähdekirjallisuudestamme on englannin kielellä. Ovatko

tulokset esimerkiksi asumispalveluyksiköistä ja Mieli töihin –toiminnasta tehtävien töiden välillä vertailukelpoisia, jos termien suomennokset eroavat toisistaan? Tietysti on myös mahdollista, että itse termien määrittelyssäkin on eroavaisuuksia töiden välillä.

8 Pohdinta

Työmme tuloksista on vielä jonkin verran matkaa recoveryn käytännön sovelluksiin. Tämä ei toki ollut työmme tarkoituskaan, ja oikeastaan antaa hyvää suuntaa aiheesta tehtävälle jatkotutkimukselle. Työssämme ei esimerkiksi tule esille, miltä recoverya soveltava asumispalveluyksikkö käytännössä näyttäisi tai minkälaisia olisivat recovery-mallin mukaiset hoitotyön interventiot.

Osa tuloksista oli odotustemme vastaisia. Oma kokemuksemme on, että tällä hetkellä psykiatrisessa hoitotyössä ja kuntoutumisessa puhutaan paljon vertaistuesta ja kokemusasantuntijuudesta. Tuloksissa vertaistuen merkitys kuitenkin loisti poissaolollaan ja kokemusasantuntijuuskin tuli esille vain kokemusasantuntijoita itseään voimauttavana tekijänä. Toinen yllättävän vähän esiintynyt tema oli oman sairauden varomerkkien tunnistaminen. Tämäkin on mielestämme tällä hetkellä hoitotyössä ja suosituksissakin usein esiintyvä asia.

Yllätyimme myös useamman haastateltavan kuvasta ohjaajista jokseenkin autoritäärisinä avunantajina valmentajan tai rinnallakulkijan sijaan. Haastateltavat vaikuttivat tosin pitävän tällaisistakin ohjaajista ja kokevan heiltä saamansa hoidon hyväksi. Erityisen positiivisia yllätyksiä olivat tulevaisuuteen liittyvät positiiviset odotukset sekä tyytyväisyys tämänhetkiseen arkeen. Olisimme voineet kuvitella haastateltavien tulevaisuudenkuvien vaihtelevan suurestikin. Oikeastaan kaikilla tulevaisuuden kuva ja odotukset olivat kuitenkin positiivisia. Suurin osa totesi myös suoraan olevansa tyytyväisiä tämänhetkiseen arkeensa, ja jokaisen haastattelusta löytyi arjen mielekkyyteen sopivia ilmaisuja. Näitä emme pitäisi itsestäänselvyyksinä kenellekään ihmiselle.

Kuten aiemmin on todettu, tutkimustietoa recovery-malliin liittyen löytyy vain vähän. Tietoa varmasti tarvittaisiin ainakin mallin vaikuttavuudesta, käyttökokemuksista erilaisissa hoitotyön yksiköissä sekä sovellettavuudesta esimerkiksi päihdetyön tai sosiaalialan puolelle. Mallin käyttöönottoa ja jatkotutkimusta helpottaisi myös vakiintuneem-

man käsitteistön luominen ja tarkemmat määrittelyt. Luonnollisesti suomalaisille jotka ovat aiheesta kiinnostuneita, olisi eduksi, että aiheesta tehtäisiin tutkimusta myös Suomessa ja suomen kielellä.

Tämän hankkeen seuraavissa osissa voitaisiin tarkastella esimerkiksi henkilökunnan asenteita hoitotyötä kohtaan tai kokemuksia Niemikotisäätiön työntekijänä. Se voitaisiin toteuttaa samaan tapaan kuin tämäkin opinnäytetyö, mutta ottamalla tiedonantajiksi henkilökunnan jäseniä asiakkaiden sijaan. Toisaalta hankkeessa voidaan myös edetä ja siirtyä suunnittelemaan recoveryn käyttöönottoa Niemikotisäätiön hoitoyksiköissä. Tällöin opinnäytetyön aiheena voisi olla recovery-mallin mukaiset interventiot käytännön tasolla. Myöhemmässä vaiheessa voitaisiin kenties suunnitella recovery-mallin käyttöön opastavaa kirjallista materiaalia tai toteuttaa henkilökunnan koulutuspäivä.

Lähteet

Andresen, Retta – Oades, Lindsay – Caputi, Peter 2003. The Experience of Recovery From Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. vol 37. 586-594.

Anthony, William. A 1993. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. vol 16 (4). 11-23.

Deane, Frank P. – Andresen, Retta – Crowe, Trevor P. – Oades, Lindsay G. – Ciarrochi, Joseph – Williams, Virginia 2013. A Comparison of Two Coaching Approaches to Enhance Implementation of a Recovery-Oriented Service Model. Adm Policy Ment Health. vol 41: 660-667.

Harjajärvi, Minna – Pirkola, Sami – Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. E-kirja. Stakes. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Henkilötietolaki 1999. Tietosuojalaki. Oikeusministeriö.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press. 34, 47-48, 184-190.

Hyvönen, Juha 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kirk, Jerome - Miller, Marc 1986. Reliability and validity in qualitative research. Sage Publications. Beverly Hills, California. 29-30, 41-42.

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere. 60-65, 81-86.

Laitila, Minna – Pietilä, Anna-Maija 2012. Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa. Kuulluksi tulemista ja inhimillistä kohtaamista. ePooki. vol 9. 9-16.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielen- terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

Moring, Juha – Martins, Anne – Partanen, Airi – Nordling, Esa – Bergman, Viveca (toim.) 2012. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 46/2012. Tampere.

Murto, Kari 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylän Koulutuskeskus Oy. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Niemikotisäätiö 2015(1). Verkkosivu. Sivun käyttö 9.10.2015.
<<http://niemikoti.fi/asumiskuntoutusyksikot/>>

Niemikotisäätiö 2015(2). Recovery data. Excel-taulukko potilastietojärjestelmästä.

Ranta, Eeva-Maria 2011. Diakonia Mielenterveyden tukena – Työntekijöiden kokemuksia mielenterveystyön roolista diakoniatyössä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Järvenpää.

Roberts, Glenn – Wolfson, Paul 2004. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*. vol 10. 37-49.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Teemoittelu. Verkkodokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html> Luettu 3.3.2016

Shepherd, Geoff – Boardman, Jed – Slade, Mike. 2008. Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health. Verkkodokumentti. <http://www.imroc.org/wp-content/uploads/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf> Luettu 7.10.2015

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011. ICD-10 –tautiluokitus. 257-260. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>>

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2008. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. 91, 95-99, 113-122, 134-142.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsittely Suomessa. ?, 6-7.

Tuulio-Henriksson, Annamari 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. *Duodecim* (130). 233-234.

Saatekirje

Helsinki 27.1.2016

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Metropolia ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme Niemikotisäätiölle opinnäytetyötä Recovery-hoitomallin käytöstä. Tämän tutkimuksen avulla Niemikotisäätiö saa tietoa siitä, miten heidän työskentelyssään toteutuu Recovery-malli.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastatteluina, johon kutsumme tiedät osallistumaan. Tämä tarkoittaa osallistumista 20-30 minuutin pituiseen yksilöhaastatteluun. Haastattelussa käymme läpi kuntoutumiseen, arkeen ja elämään liittyviä teemoja. Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista ja luottamuksellista ja haastattelijalla on vaitiolovelvollisuus antamiinne vastauksiin. Haastattelut toteutetaan Helmikuussa 2016.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Kaikki antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Marianne Sipilä Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan myöhemmin keväällä Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin

Matias Tähtinen

matias.tahtinen@metropolia.fi

Karri Uusi-Äijö

karri.uusi-aijo@metropolia.fi

Teemahaastattelun runko

Haastattelun suunniteltu kesto n. 20-30min.

- **Taustatiedot**

- Ikä
- Sukupuoli
- Asuinvuodet Niemikotisäätiöllä

- **Positiivisen identiteetin rakentaminen**

- Esittele itsesi omin sanoin. Kuka olet?
- Missä olet hyvä? Mitkä asiat tai taidot ovat vahvuuksiasi?
- Mitä lähipiirisi ajattelee sinusta?

- **Hyvän ja mielekkään elämän rakentaminen**

- Kerro tavallisesta arkipäivästäsi. Oletko tyytyväinen arkeesi?
- Minkälaisista asioista nautit?
- Miten sairautesi vaikuttaa elämääsi?

- **Vastuun kantaminen ja oman elämän hallinta**

- Kerro Niemikodin henkilökunnasta. Keitä henkilökunnan jäseniä tapaat säännöllisesti? Mitä teette? Mikä on mielestäsi henkilökunnan tehtävä?
- Miten vaikutat itse omaan kuntoutumiseesi? Mitkä muut asiat vaikuttavat kuntoutumiseesi?
- Ketkä ovat tärkeitä henkilöitä kuntoutumisesi kannalta? Oletko itse siinä tärkeä?

- **Toivon löytäminen ja ylläpitäminen**

- Mitä ajattelet tulevaisuudesta?
- Mitä luulet tekeväsi 5 vuoden päästä? Missä asut? Onko elämäsi erilaista kuin nyt?
- Mistä haaveilet tai mitä tavoittelet?

- **Haluatko vielä kommentoida jotain aihetta tai kertoa jostain lisää?**

Kvantifioinnin kategoriat									
								0...2	Epätyypillistä
								3...6	Jokseenkin tyypillistä
								7...9	Tyypillistä
Positiivisen identiteetin rakentaminen								Esittelee itsensä harrastuksen kautta	7
								Esittelee itsensä työn/opiskelun kautta	8
								Esittelee itsensä kuvailemalla luonnettaan	3
								Esittelee itsensä ihmissuhteitten kautta	1
								Kokee omia taitojaan vahvuukseksi	8
								Kokee itsensä voimavaraksi muille	3
								Kokee luonteenpiirteensä vahvuukseksi	4
								Kokee muiden ajattelevan hyvää itsestään	5
								Kokee muiden välittävän itsestään	3
Hyvän ja mielekkään elämän rakentaminen								Kuua arjessa olevan mielekästä tekemistä	9
								Kuua arjessa olevan nautintoa	8
								Kuua olevansa tyytyväinen arkeensa	7
								On aktiivinen sosiaalisissa suhteissa	5
								Pyytää apua tarvittaessa	5
								Tuo esille omia ajatuksiaan/toiveitaan/ideoitaan	3
Vastuun kantaminen ja oman elämän hallinta								Kokee olevansa tärkeä kuntoutumisprosessissaan	4
								Mainitsee keinoja, joilla vaikuttaa omaan kuntoutum	8
								Ajattelee hoitohenkilökuntaa "valmentajina/kumppaneina"	2
								Kokee läheiset tärkeäksi kuntoutumiselleen	9
								Kokee vertaistuen tärkeäksi kuntoutumiselleen	0
								Tunnistaa varomerkkejä	2
								Omaa tietoa sairaudestaan yleisesti	3
								Omaa tietoa sairautensa yksilöllisistä vaikutuksista	6
								Ei koe sairauttaan rajoittavana tekijänä	3
Toivon löytäminen ja ylläpitäminen								Mainitsee konkreettisia arjenhallintakeinoja	4
								Mainitsee tavoitteita lähitulevaisuudesta	9
								Haaveilee positiivisista asioista	9
								Uskoo vointinsa olevan tulevaisuudessa parempi	4